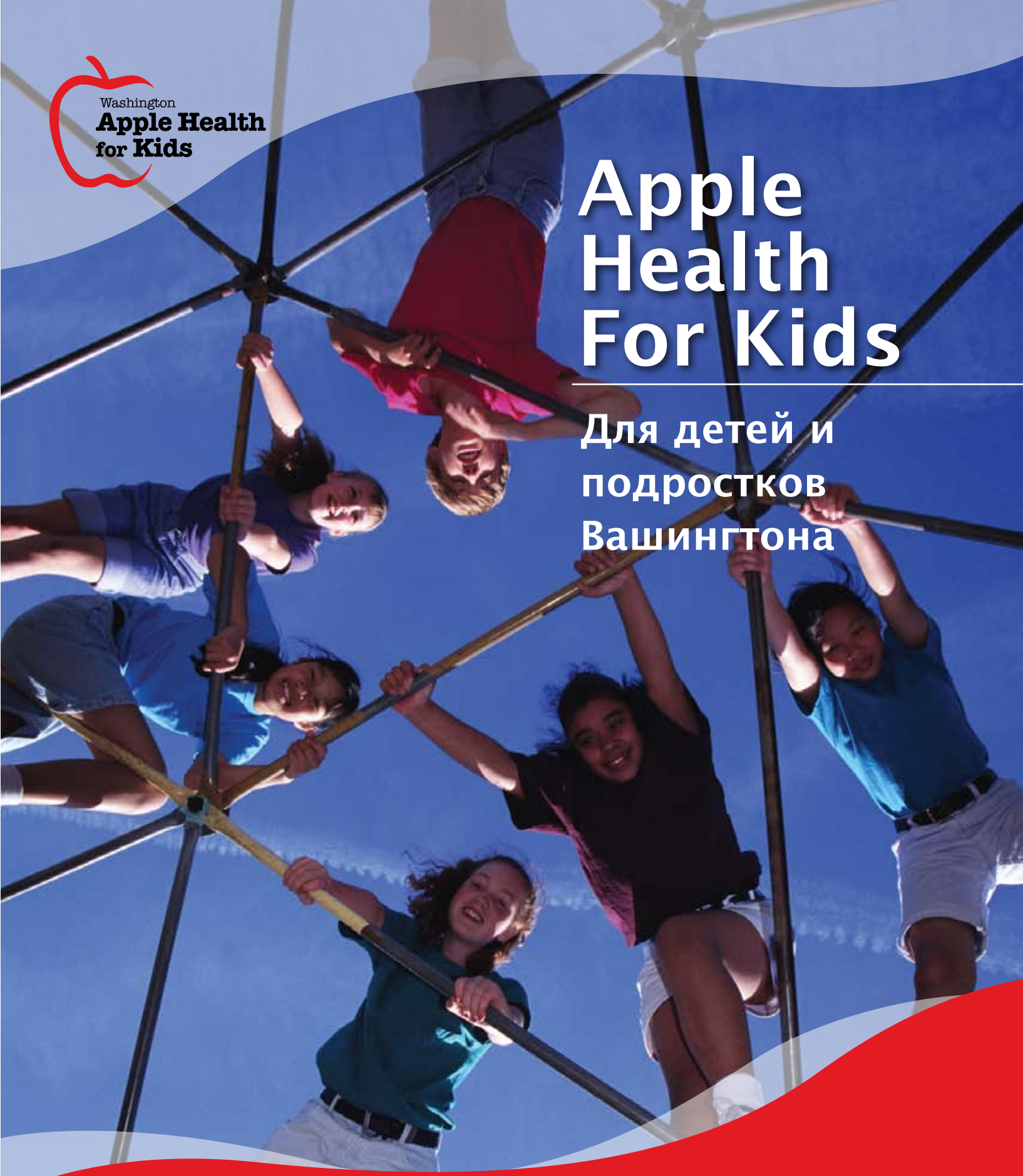


Washington
Apple Health
for Kids

Apple Health For Kids

Для детей и подростков Вашингтона

Звонок бесплатный 1-877-543-7669

Вам помогут операторы. Часы работы: 8 - 5 Понедельник – Пятница. Вы можете отправить ваше заявление по почте уже сегодня!

Полезная информация представлена на сайте: http://www.AppleHealthForKids.wa.gov/

Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон DSHS 22-394 RU (Rev. 2/09)

Тысячи детей в возрасте до 19 лет имеют право на получение льгот

Программа Apple Health For Kids рассчитана на детей и подростков из разного типа семей.

- Дети и одинокие родители
- Дети и работающие родители
- Дети, проживающие с бабушкой и дедушкой, другими членами семьи или друзьями
- Дети и два родителя.
- Проживающие независимо от родителей подростки (до 19 лет)

Право на получение страховки имеют дети с существующими заболеваниями.

Какие виды услуг покрывает страховка?

Программа Apple Health For Kids распространяется на полный перечень услуг, необходимых для обеспечения здоровья ребенка. После того как вашего ребенка признают правомочным для получения страховки, вам подробно объяснят о процедурах получения обслуживания. Вот лишь некоторые услуги, покрываемые программой:

- Визиты врача и медицинских сестер
- Услуги стоматолога
- Периодические осмотры и вакцинация
- Физическая и речевая терапия
- Доставка на прием к врачу
- Услуги больницы и скорой помощи
- Выдача рецептов
- Очки и слуховые аппараты
- Планирование семьи
- Консультации и много другое!

Как я узнаю, что мой ребенок имеет право на участие в программе?

Это совсем не сложно. Множество рабочих семей имеют право на льготы. Для определения правомочности рассматриваются доход, размер семьи (укажите ребенка в утробе как члена семьи) и некоторые ежемесячные расходы. Чтобы определить, на что имеет право ваш ребенок, следуйте простому алгоритму, приведенному ниже. Затем сравните ваш ежемесячный доход с табличными значениями.

Шаг 1 **Напишите совокупный ежемесячный доход вашей семьи (до налоговых вычет)**

- **Отнимите любые ежемесячные расходы, которые вы несете, на каждого ребенка или взрослого, связанного с работой.** $ _____
- **Отнимите все ежемесячные выплаты, производимые по решению суда на ребенка, не проживающего с вами.** – _____
- **Отнимите $90 на каждого работающего взрослого, проживающего в семье.** – _____

Шаг 2 **Сравните полученный результат с приведенными значениями, чтобы узнать о своих правах.** – _____

Если ваш ежемесячный совокупный доход близок к суммам, указанным в таблице, ваш ребенок может рассчитывать на дешевую или бесплатную страховку! = _____

Многие люди имеют более высокий доход и, тем не менее, имеют право на льготы. Если ваш доход превышает значения, указанные в таблице, позвоните по телефону 1-877-543-7669 и получите более подробную информацию.

Number of People in Family (includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to $2,708
2	up to $3,643
3	up to $4,578
4	up to $5,513
5	up to $6,448
More	Add $935 for each additional family member

Информация об уровне доходов обновляется в апреле каждого года. Данная таблица относится только к медицинской страховке для детей, не достигших 19 лет. Имеются другие программы для семей и беременных женщин с отличными требованиями к заявителям. Позвоните (звонок бесплатный) 1-877-543-7669 и получите более подробную информацию.

Подать заявление просто!

1. Заполните заявление, вложенное в данную брошюру.
2. Вырвите страницу с заявлением.
3. Отделите конверт от заявления.
4. Приложите к заявлению копии документов, подтверждающих доход. Например:
   - Корешки чеков за последние 30 дней.
   - Компенсацию по налогу на предпринимательство ИЛИ
   - Письмо от вашего работодателя, обеспечивающего ваш суммарный ежемесячный доход.
5. Вложите заявление в конверт.
6. Бросьте конверт в любой почтовый ящик! Не надо наклеивать марки.

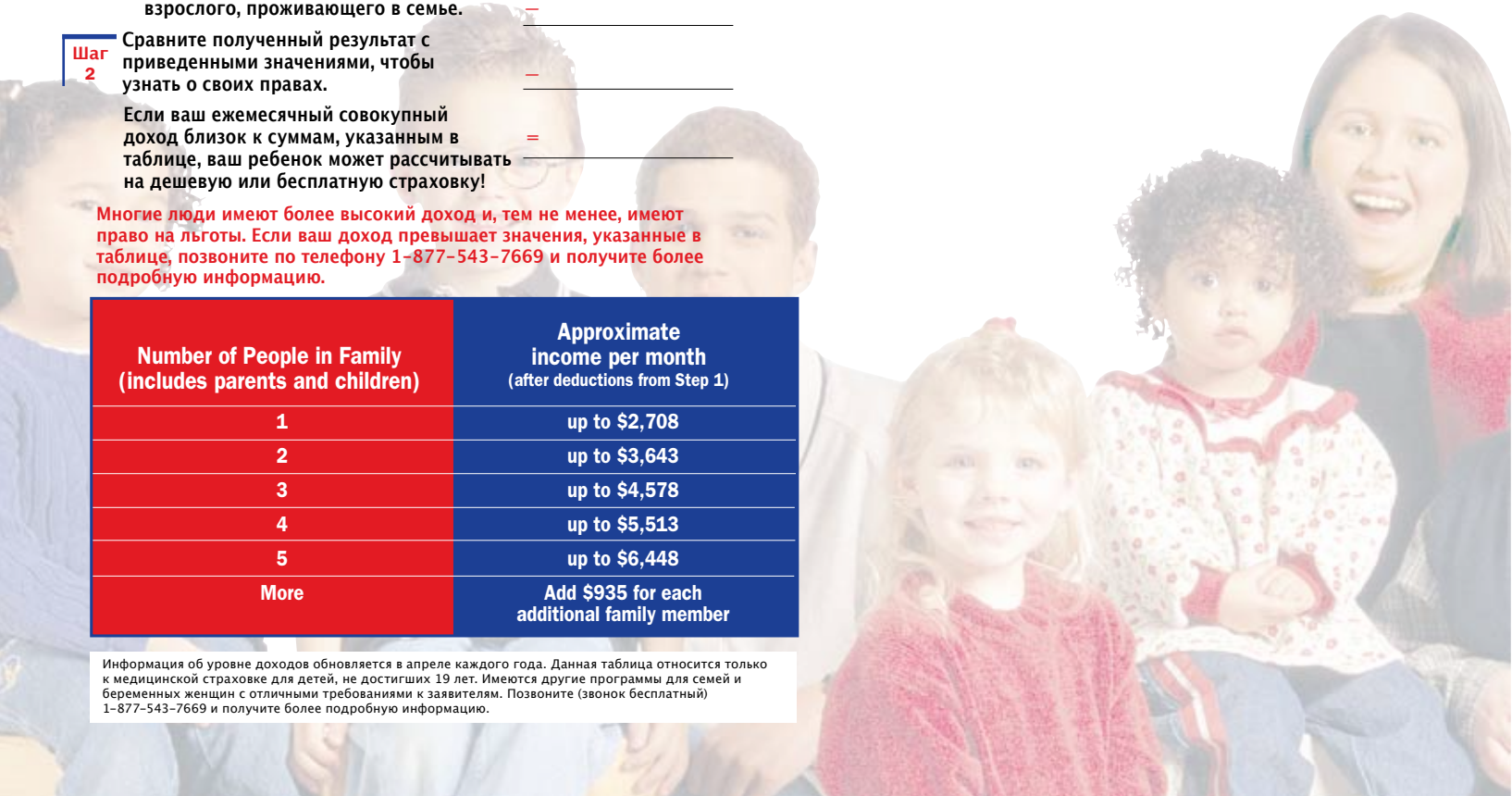
Когда мои дети смогут получить медицинскую страховку?

- Сначала рассматриваются возможности предоставления детям бесплатной медицинской страховки.
- В течение 6 недель вы получите письмо с утвердительным или отрицательным ответом по поводу страховки.
- Если ваши дети утверждены на участие в программе, они могут незамедлительно пользоваться медицинскими услугами.
- Чтобы ускорить процесс рассмотрения, надлежащим образом заполняйте заявление и прикладывайте свидетельства о доходе.
- Каждый год вам будет высылаться форма для обновления страховок на следующий год.

Apple Health For Kids

Льготная или бесплатная страховка

- в зависимости от вашего дохода.
- Сначала рассматриваются возможности предоставления детям бесплатной медицинской страховки.
- Счета на оплату страховых премий приходят ежемесячно, но не превышают $15 на каждого ребенка.
- Если у вас четыре и более ребенка, вы будете оплачивать только три страховых премии.
- Некоторые страховки могут распространяться на неоплаченные счета сроком давности до трех месяцев.



Чтобы получить помощь в вашей общине, звоните:

Washington State Department of Social & Health Services

Washington Apple Health for Kids

Заявление на медицинские льготы для детей

Данное заявление распространяется только на медицинскую страховку для детей и подростков до 19 лет. Любое лицо может подавать заявление от имени ребенка. Дети могут действовать от лица самих себя. **Лицам, указанным в графе 1, будет отправлена вся необходимая информация.** Если у вас возникнут вопросы или понадобится помощь в заполнении формы, звоните 1-877-543-7669. Мы будет рады помочь вам!

Заполняйте заявление черными или синими чернилами. Не используйте карандаш. **(Укажите родителя, опекуна или контактное лицо для получения необходимой)**

1 ИМЯ | ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА | ФАМИЛИЯ

2 АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ | УЛИЦА | ГОРОД | ШТАТ | ИНДЕКС

3 ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ДРУГОЙ) | УЛИЦА | ГОРОД | ШТАТ | ИНДЕКС

4 ТЕЛЕФОННЫЕ НОМЕРА

ДОМАШНИЙ ( )

РАБОЧИЙ ( )

СООБЩЕНИЕ ( )

5 Вы испытываете трудность в разговоре, чтении или письме на английском языке? Да ☐ Нет ☐

Какой язык или альтернативный формат для вас предпочтителен? _____

Вам нужен переводчик? (Если да, мы предоставим вам переводчика). Да ☐ Нет ☐

На каком языке вы разговариваете _____

6 Находится ли ребенок, не достигший 19 лет, в состоянии, требующем немедленного медицинского вмешательства? Да ☐ Нет ☐

Есть ли в вашей семье беременные женщины? Да ☐ Нет ☐

Если "да", кто? _____

Общая информация

7 Перечислите всех членов семьи, проживающих вместе.
(Если необходимо, приложите отдельный лист бумаги, чтобы перечислить всех членов семьи.)

ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ. М или Ж	СОСТОИТ С ВАМИ В ОТНОШЕНИЯХ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (М/Д/Г)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ * = ДОПОЛНИТЕЛЬНО	ГРАЖДАНИН США. ДА НЕТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ)	ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США. УКАЖИТЕ ДАТУ ПРИБЫТИЯ РЕБЕНКА В США	У РЕБЕНКА ИМЕЕТСЯ СПОНСОР? ДА НЕТ
A РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ ОТ СЕБЯ				*	☐ ☐			
B СУПРУГА ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ (если живет в семье)				*	☐ ☐			
C. УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 19 **лет(претендующих на медицинские льготы)**					☐ ☐			
D.					☐ ☐			
E.					☐ ☐			☐ ☐
F.					☐ ☐			☐ ☐
G. УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ/ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ **В СЕМЬЕ (не претендующих на медицинские льготы)**				*		Примечание: Приложите любые документы, подтверждающие статус детей. ☐ ☐		
				*				

8 В вашей семье имеется ребенок младше 19 лет с ограниченными физическими способностями? Да ☐ Нет ☐

Если "да", кто? _____

Расходы

Данная информация будет учтена при рассмотрении правомочности вашего ребенка на получение льгот.

9 Вы оплачиваете услуги по уходу за ребенком во время пребывания на работе? Да ☐ Нет ☐ Если "Да", укажите ежемесячную сумму. $_____

Вы оплачиваете услуги лица по уходу за взрослым иждивенцем с ограниченными физическими способностями во время пребывания на работе? Да ☐ Нет ☐ Если "Да", укажите ежемесячную сумму. $_____

10 Вы осуществляете выплаты, установленные судом, на содержание ребенка, не проживающего в вашей семье? Да ☐ Нет ☐ Если "Да", укажите ежемесячную сумму. $_____

Barcode label

14380

Зарабо тная плата до выплат (без налоговых вычетов и расходов)

(Предоставьте свидетельства о доходе за последние 30 дней)

11 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ

( )

12 Полученный вами доход в течение последних 30 дней без налоговых вычет и расходов:

$_____

Какая доля этого дохода приходится на самостоятельную занятость?*

$_____

13 ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ СУПРУГИ (ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕМЬЕ):

( )

14 Полученный вашей супругой (другим родителем, проживающим в семье) доход в течение последних 30 дней без налоговых вычет и расходов:

$_____

Какая доля этого дохода приходится на самостоятельную занятость?*

$_____

*ЕСЛИ ВЫ ИЛИ ВАША СУПРУГА (ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ, ПРОЖИВАЮЩИЙ В СЕМЬЕ) ЗАНИМАЕТЕСЬ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ДРУГИЕ ОТЧИСЛЕНИЯ. ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-877-543-7669 И ПОЛУЧИТЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ПОМОЩЬ В СОСТАВЛЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ.

ДРУГОЙ ИСТОЧНИК СЕМЕЙНОГО ДОХОДА	ПОЛУЧЕННАЯ СУММА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРИНЕС ДАННЫЙ ДОХОД?
15 ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ	$	
16 АЛИМЕНТЫ	$	
17 ВЫПЛАТЫ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ	$	
18 ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	$	
19 ДОХОД ОТ КАПИТАЛОВЛОЖЕНИЙ/ ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ	$	
20 ВЕТЕРАНСКИЕ ПОСОБИЯ	$	
21 ТРУДОВЫЕ ВЫПЛАТЫ	$	
22 ВОЕННЫЕ ВЫПЛАТЫ ПО АТТЕСТАТУ	$	
23 ДРУГОЕ (Поясните)	$	

24 Вам нужна помощь в оплате поступивших счетов за медицинское обслуживание (в течение последних 3 месяцев), оказанное любому из детей, в отношении которого подается заявление?

Да ☐ Нет ☐

Если “Да”, отправьте копии документов, подтверждающих совокупный семейный доход за месяцы, подлежащие рассмотрению.

Информация о медицинской стр аховке. Сообщите нам о любых медицинских страховках, которыми пользуются ваши дети.

25 A Имеют ли дети, **в отношении** которых подается заявление, медицинскую страховку? Да ☐ Нет ☐

25 B Если “Да”, покрывает ли эта страховка услуги врача, больницы, рентгеновского и лабораторного обследования? Да ☐ Нет ☐

26 A Имели ли ваши дети медицинскую страховку, связанную с трудоустройством, за последние 4 месяца? Да ☐ Нет ☐

26 B Если “Да”, страховая премия за лица, находящиеся на иждивении, составляла менее $50? Да ☐ Нет ☐

27 Если вы ответили “Да” на любой из вышеперечисленных вопросов (25 a или b или 26 a или b), перечислите названия страховых компаний или работодателей, предоставлявших медицинские страховки для ваших детей.

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ПОЛИСА	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА	ПОЛИС ДЕРЖАТЕЛЯ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ДОПОЛНИТЕЛЬНО)

Расовая/этническая принадлежность детей (необязательная информация)

Мы просим в добровольном порядке указать расовую или этническую принадлежность детей. Данная информация не будет приниматься во внимание при рассмотрении права на получение льгот.

☐ Американские индейцы или коренные жители Аляски ☐ Азиаты ☐ Чернокожие или Афро-американцы ☐ Испанцы или латиноамериканцы

☐ Коренные жители Гавайских островов или других островов Тихого океана ☐ Белые ☐ Другие _____

Дискриминация запрещена в рамках всех программ и любой деятельности, реализуемой Департаментом социального обеспечения и здравоохранения. Никто не подлежит исключению из программ или деятельности на основании расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, политических убеждений, национальности, религии, возраста, пола или ограниченных физических возможностей.

Внимательно прочтите перед подписанием

Данное заявление относится только к медицинским льготам для детей. Если любой из членов вашей семьи уже получает или намерен претендовать на наличные льготные выплаты, основное питание или другие пособия, свяжитесь с местным офисом по предоставлению услуг для населения DSHS (CSO).

- DSHS может потребовать подтвердить предоставляемую информацию для вынесения решения о праве на получение льгот. Вы можете обратиться в DSHS за помощью в предоставлении доказательств.
- Предоставляемая вами информация может быть передана для рассмотрения другими федеральными или местными органами. Такая информация НЕ передается в Иммиграционную службу по вопросам предоставления гражданства (INS).
- Претендуя на и получая льготы по медицинскому обслуживанию, вы передаете Штату Вашингтон права на оказание любых медицинских услуг, а также права третьей стороне на осуществление платежей за медицинское обслуживание.
- DSHS может передать информацию о вакцинации вашего ребенка посредством системы отслеживания информации о вакцинации детей.

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ
Я ознакомился и понял информацию, приведенную в данном заявлении. Я заявляю под страхом ответственности за дачу ложных показаний о подлинности, правильности, правдивости и полноте предоставленной мною информации.

Подпись заявителя

X _____ _____

Дата

Как подать заявление

ПО ПОЧТЕ:

Департамент социального обеспечения и здравоохранения
P.O. Box 45531
OLYMPIA WA 98504-5531

ПОМОЩЬ:

Если вам требуется помощь или возникли вопросы, позвоните по номеру: 1-877-543-7669.